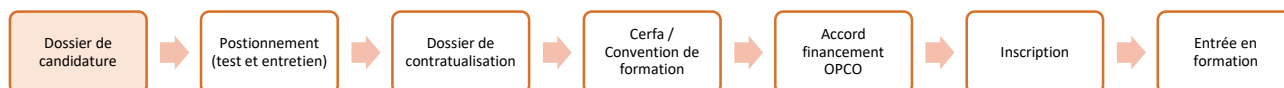


Dossier de candidature 2023



Formation souhaitée :

CQP Dermocosmétique Pharmaceutique

Candidat

NOM		NOM DE JEUNE FILLE	
PRENOMS	1 :	2 :	3 :
DATE DE NAISSANCE		VILLE DE NAISSANCE	
PAYS DE NAISSANCE		NATIONALITE	
ADRESSE			
CODE POSTAL		VILLE	
PORTABLE		TEL FIXE	
EMAIL			
N° INE OU BEA		RECONNAISSANCE RQTH	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Situation professionnelle

DIPLOME	<input type="checkbox"/> PREPARATEUR EN PHARMACIE	<input type="checkbox"/> DOCTEUR EN PHARMACIE
ANNEE D'OBTENTION	<input type="checkbox"/> OBTENU EN	<input type="checkbox"/> PREVU EN 2023
SITUATION ACTUELLE	♦ SALARIE ⇔ <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CDI ♦ EN ALTERNANCE ⇔ <input type="checkbox"/> CONTRAT D'APPRENTISSAGE <input type="checkbox"/> CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION <input type="checkbox"/> EN RECHERCHE D'EMPLOI	
NBRE D'ANNEE D'EXERCICE EN OFFICINE		

La formation au CQP Dermocosmétique Pharmaceutique se fait obligatoirement en alternance au sein d'une pharmacie dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou dans le cadre de la formation continue.

Entreprise

AVEZ-VOUS DEJA IDENTIFIE L'ENTREPRISE ?	♦ OUI ⇔ <input type="checkbox"/> ENTREPRISE ACTUELLE <input type="checkbox"/> NOUVELLE ENTREPRISE <input type="checkbox"/> NON
TYPE DE CONTRAT PREVU	<input type="checkbox"/> CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION <input type="checkbox"/> FORMATION CONTINUE <input type="checkbox"/> JE NE SAIS PAS ENCORE
RAISON SOCIALE	
ADRESSE	
CODE POSTAL	VILLE
TELEPHONE	EMAIL

Expérience professionnelle

Emploi occupé	Entreprise + ville	De (mois/année)	A (mois/année)	Apports de cette expérience

Projet professionnel

Pour quelles raisons souhaitez-vous obtenir le CQP Dermocosmétique Pharmaceutique ?

Pièces à joindre **obligatoires** :

- CV avec photo en couleur
- Copie recto verso de la Carte Nationale d'Identité ou du titre de séjour en cours de validité
- Copie du diplôme de préparateur en pharmacie et du relevé de notes de l'examen

Les informations recueillies par LUZ CARE font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion administrative et pédagogique des apprenants. Les organismes certificateurs des diplômes préparés (Education Nationale, Ministère du Travail, branches professionnelles, etc.), les services d'enregistrements ou de contrôle des contrats, les financeurs de l'action de formation (OPCO, CNFPT, Pôle Emploi, Conseil Régional, etc.) sont également destinataires d'informations nécessaires à l'accomplissement de leurs missions. Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à la direction de LUZ CARE cfa@luzcare.fr

Acceptation du règlement intérieur

Le candidat qui dépose le présent dossier de candidature en vue de son inscription reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur à respecter par tous les apprenants. Le règlement intérieur de Luz Care est consultable sur notre site internet <https://www.luzcare.fr/reglement-interieur>

Mme, M. certifie l'exactitude des informations contenues dans le présent dossier et dans les documents joints, accepte que les informations communiquées soient exploitées dans le cadre de l'inscription chez LUZ CARE et s'engage à respecter le règlement intérieur de l'établissement en cas d'inscription.

A le.....

Signature du candidat

Dossier à retourner à

LUZ CARE

30-32 avenue Anthony Dozol – 06150 Cannes-la Bocca

Tél. 09.53.27.17.86 - e-mail : cfa@luzcare.fr

www.luzcare.com